

DE LA

COXALGIE OSTÉOMYÉLITIQUE SUPPURÉE

D'ORIGINE FÉMORALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

OCTAVE LÉVÊQUE

Né le 18 Avril 1870, à Metz (Haute-Savoie)

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DE LA

COXALGIE OSTÉOMYÉLITIQUE SUPPURÉE

D'ORIGINE FÉMORALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

OCTAVE LÉVÊQUE

Né le 18 Avril 1870, à Metz (Haute-Savoie)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agréé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur; MM. CURTILLET et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR PONCET

A M. le Médecin-Major de 2^{me} classe DUPARD

A tous mes Maîtres des Hôpitaux,
et à mes Chefs de l'École du Service de Santé Militaire

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de profiler de l'occasion qui nous est offerte par notre travail inaugural pour adresser publiquement nos remerciements à tous ceux qui, pendant nos cinq années d'études à la Faculté de médecine de Lyon, nous ont aplani les difficultés et ont encouragé nos efforts.

Nous tenons, avant tout, à affirmer hautement la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers M. le Médecin-major de 2^e classe Dupard. Pendant notre année de service au 14^e escadron du train, il a eu pour nous une sollicitude toute paternelle. Il s'est toujours intéressé à nos études et n'a cessé de nous témoigner une bienveillance dont nous sommes confus. Nous ne saurions dire combien nous sommes fier de l'intérêt et de l'amitié qu'il nous montre en toute circonstance.

M. le professeur Poncet nous a donné l'idée première

de ce travail. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous tenons à le remercier doublement.

Sa bienveillance ne s'est jamais démentie à notre égard depuis que nous avons l'honneur d'être son stagiaire, et aujourd'hui nous sommes heureux, dans ce modeste travail, d'être l'interprète de sa parole autorisée.

C'est aussi avec un vif plaisir que nous exprimons notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et à nos chefs de l'Ecole du Service de Santé militaire, à tous ceux, en un mot, qui, de près ou de loin, se sont intéressés à notre instruction.

Enfin, que nos camarades de promotion, parmi lesquels nous comptons plusieurs intimes, reuillent bien accepter nos remerciements les plus sincères pour les nombreuses marques d'amitié cordiale qu'ils nous ont manifestées pendant nos trois laborieuses années d'Ecole. Nous remercions tout spécialement les D^{rs} Auguin et Bouquet de Jolinière qui ont mis à notre disposition, avec une grande amabilité, leurs talents de dessinateur.

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'observer un jeune malade atteint d'une ancienne inflammation aiguë de la hanche, et chez lequel M. Poncet porta le diagnostic de coxalgie ostéomyélitique, très probablement à point de départ fémoral. Cette observation a été le point de départ de nos recherches sur l'affection que nous envisageons aujourd'hui et qui, dans l'histoire des coxalgies, nous a paru mériter un chapitre à part.

On a discuté beaucoup sur le sens pathologique à donner au mot *coxalgie*, qui est, en effet, assez vague, puisque étymologiquement parlant, il désigne seulement une douleur de la hanche.

Une certaine conception du mot coxalgie avait cependant prédominé dans la pratique, et c'est ainsi que, sous

ce nom, le professeur Valette, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, paru il y a une trentaine d'années, décrivait exclusivement la tumeur blanche de la hanche. Cette façon de comprendre la coxalgie était généralement acceptée, et lorsque M. Lannelongue employa l'expression de coxo-tuberculose, il créait une nouvelle désignation pour un état pathologique ancien, et qui, dans l'esprit des chirurgiens, répondait à des lésions bien connues de l'articulation coxo-fémorale.

Nous n'avons point à envisager, dans notre travail, si le terme de *coxalgie* doit être maintenu pour désigner uniquement l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. Mais il nous semble que dans l'articulation fémorale, comme dans les autres articulations, les lésions les plus diverses pouvant s'y rencontrer, il faut conserver le terme général de *coxalgie* en le faisant suivre d'un qualificatif expliquant la nature de la maladie elle-même; d'autant mieux que, dans ces lésions articulaires, les symptômes sont plus ou moins semblables, et que, à ce titre, le mot *coxalgie* garde toute sa raison d'être. C'est ainsi que pour la coxalgie particulière dont nous nous occupons, et qui, dans sa pathogénie, dans sa marche, dans son traitement, etc., diffère essentiellement de la coxo-tuberculose, nous ajoutons l'expression d'*ostéomyélitique*, indiquant ainsi nettement la variété d'affection articulaire que nous envisageons.

Lorsque, sur le conseil de M. Poncet, qui nous avait

signalé la fréquence relative de cette arthrite coxo-fémorale, nous avons entrepris nos recherches, nous espérions trouver, dans la littérature chirurgicale, un grand nombre d'observations. Il n'en a pas été ainsi, très probablement parce que la distinction que nous établissons entre la coxalgie ostéomyélitique et d'autres affections articulaires de la hanche n'a pas suffisamment frappé l'esprit des observateurs, qui ont dû souvent la confondre avec d'autres manifestations coxalgiques. On se contentait du diagnostic de coxalgie sans tenir compte de la modalité pathogénique et clinique de l'affection en présence de laquelle on se trouvait. Quoi qu'il en soit, il existe, comme nous le verrons, une entité pathologique bien définie, qui mérite le nom de coxalgie ostéomyélitique d'origine fémorale, coxalgie infectieuse relevant d'agents microbiens, qui provoquent si souvent, chez les jeunes sujets, les ostéomyélites aiguës.

Cette absence d'observations nombreuses sur la question qui nous occupe augmente l'intérêt de notre travail. Nous ne nous dissimulons pas les lacunes qu'il peut présenter, mais, n'eût-il pour résultat que d'appeler l'attention sur la coxalgie ostéomyélitique, et de permettre son diagnostic, le plus souvent facile, que nous aurions lieu de nous féliciter d'avoir abordé cette étude.

Le fait particulier, que nous désirions mettre en relief, et que M. Poncet nous avait signalé dès le début, est le suivant : *A l'extrémité supérieure du fémur, par suite*

de l'inclusion, dans la capsule, du col fémoral et de son cartilage d'accroissement, toute lésion osseuse de cette partie du squelette retient fatalement sur l'articulation et provoque une arthrite d'autant plus grave que la lésion est elle-même plus infectieuse. C'est là, dans l'histoire de l'ostéomyélite infectieuse des extrémités osseuses, si commune chez les enfants, une remarque d'autant plus intéressante qu'il est loin d'en être ainsi pour les autres articulations, alors que les cartilages d'accroissement sont plus ou moins indépendants et, le plus souvent, complètement en dehors de la synoviale.

Ces rapports ont été très bien étudiés par M. Sésary qui, suivant la connexité plus ou moins intime existant entre les régions juxta-épiphyssaires ou bulbaires des os et les articulations voisines, a pu donner l'explication rationnelle de l'intégrité ou de l'invasion de ces mêmes articulations par un processus inflammatoire primitivement osseux. Il a précisément insisté sur l'inclusion, dans la cavité articulaire, du cartilage de conjugaison de l'extrémité supérieure du fémur, et il a ainsi montré que les inflammations de cette extrémité osseuse devaient nécessairement donner lieu à des arthrites plus ou moins graves.

La coxalgie ostéomyélique d'origine fémorale est, le plus souvent, comme en témoignent nos observations, suivie de mort rapide : nous n'avons trouvé, en effet, que des cas de suppuration aiguë de la hanche. Mais, à côté de cette variété, il existe certainement, comme M. Poncet se sou-

vient, du reste, d'en avoir observé plusieurs cas, des formes infectieuses atténuées et d'un pronostic moins sévère.

A l'extrémité supérieure du fémur, comme au niveau d'autres extrémités du squelette, on doit, en effet, rencontrer les diverses formes de l'ostéomyélite infectieuse dont la virulence est variable et aujourd'hui bien démontrée. A côté, par exemple, de la coxalgie ostéomyélitique suraiguë, éminemment infectieuse et dont nous rapportons plusieurs observations, alors que le sujet est emporté par des complications septicémiques avant même que la suppuration de l'article ait eu le temps de s'établir et des pseudo-coxalgies, ou coxalgies de croissance, caractérisées anatomiquement par une hyperémie plus ou moins marquée du tissu spongieux juxta-épiphysaire, et cliniquement par les signes d'une véritable coxalgie au début, d'où le nom de pseudo-coxalgie donné par M. Poncet à de tels phénomènes articulaires, il existe, on le comprend, toute une série d'états intermédiaires. Des observations nous manquaient pour envisager les diverses formes de coxalgie ostéomyélitique, et laissant de côté les faits très intéressants où la guérison doit survenir spontanément, avec ou sans ankylose, nous avons dû nous borner à l'étude de la coxalgie ostéomyélitique suppurée.

Dans un premier chapitre, nous montrons les rapports anatomiques exacts de l'extrémité osseuse fémorale et de la capsule articulaire. Nous indiquons les lésions anatomo-

pathologiques constatées, soit dans le cours d'une opération, soit à l'autopsie.

Notre deuxième chapitre vise l'étiologie et la pathogénie de la coxalgie ostéomyélitique dans ce qu'elle peut avoir de particulier, et cela en tenant compte de nos observations.

Notre troisième chapitre est consacré à la symptomatologie et notre quatrième au diagnostic différentiel de cette coxalgie ostéomyélitique. Enfin, dans un cinquième chapitre, nous nous occupons de son traitement.

DE LA

COXALGIE OSTÉOMYÉLITIQUE

SUPPURÉE

D'ORIGINE FÉMORALE

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Le fémur se développe par cinq points d'ossification : un point primitif pour le corps, un point complémentaire pour l'extrémité inférieure, et trois pour l'extrémité supérieure.

Le point primitif se montre dans les premiers jours du deuxième mois de la vie intra-utérine ; en se développant, il formera le corps et la plus grande partie de l'extrémité supérieure, en se prolongeant jusqu'à la base de la tête fémorale ; le col en est, par conséquent, une dépendance.

Des trois cartilages de conjugaison de l'extrémité supérieure du fémur (fig. 1), un seul nous intéresse : celui qui est situé entre la tête et le col. L'examen de la figure 1 montre qu'il est complètement intra-articulaire. En effet, la synoviale « prend naissance en haut, sur le bord libre

du bourrelet cotyloïdien. Elle descend ensuite sur la face externe de ce bourrelet et se réfléchit alors sur la face interne de la capsule fibreuse, qu'elle tapisse régulièrement jusqu'à son insertion fémorale. Là, elle abandonne la capsule et, se réfléchissant de nouveau, elle s'étale de dehors en dedans sur la partie interne du col, pour venir se terminer sur le pourtour de la surface cartilagineuse qui recouvre la tête fémorale¹ ». C'est en ce point que se trouve le cartilage d'accroissement de la tête.

On comprend facilement, dans ce cas, les dangers qui menacent l'articulation coxo-fémorale lorsque la région juxta-épiphysaire du col est le siège d'une ostéite infectieuse. L'étude des lésions découvertes à l'autopsie, ou au cours d'une opération, va, du reste, montrer la gravité toute spéciale de cette coxalgie ostéomyélitique.

La vascularisation de la région juxta-épiphysaire du col du fémur, l'intensité des phénomènes de nutrition à ce niveau et peut-être le ralentissement de la circulation dans les capillaires dilatés et en voie d'accroissement (Bobroff) expliquent l'arrêt, en ce point, des microbes pyogènes contenus dans le sang. En rapport, d'une part, avec le cartilage de conjugaison, de l'autre avec le canal central de la moelle, et communiquant avec la surface du col du fémur par des ouvertures vasculaires nombreuses, cette zone « constitue un foyer central d'où l'inflammation peut rayonner de tous côtés, excepté du côté de l'épiphyse où le cartilage l'arrête pendant un certain temps² ». (Ollier)

Aussi les lésions de la capsule articulaire, dont une partie

¹ Testut, *Trait. d'anat. hum.*, t. I, p. 436.

² Ollier, *Trait. des résections*, t. III.

tapisse cette région du col fémoral voisine du cartilage de conjugaison, et qui remplace en ce point le périoste, sont-elles très rapides. Dans presque tous les cas d'ostéites juxta-épiphysaires, ainsi que Rodet a pu s'en convaincre en expérimentant chez les animaux, on constate rapidement une sorte d'œdème inflammatoire sous-périosté. Ici cette congestion se produit au-dessous de la capsule. On voit sourdre de la sérosité entre le col du fémur et la synoviale. En quelques heures cet exsudat revêt l'aspect purulent, et il se produit en si grande quantité qu'il décolle la capsule. Celle-ci, plus ou moins ramollie, grise, blanchâtre, sur le point de se sphaceler, se rompt, et le pus envahit l'articulation coxo-fémorale.

Ce pus est d'aspect blanchâtre ou jaunâtre, épais, parfois roussâtre, mélangé de débris provenant du sphacèle des parties molles; il peut contenir des gouttelettes huileuses surnageant à sa surface. Leur présence est pour ainsi dire la preuve de l'origine osseuse de la suppuration et plus particulièrement de la lésion centrale médullaire. Généralement on retrouve dans ce pus des microbes pyogènes: des staphylocoques, des streptocoques et même des pneumocoques; dans ce dernier cas le pronostic semble être plus favorable. C'est probablement ce microorganisme que l'on aurait trouvé dans le pus des abcès du petit K... (obs. VII), qui guérit spontanément.

Parallèlement aux lésions de la synoviale, se développent celles du tissu osseux. Ce tissu compact résiste plus longtemps: il peut, tout d'abord, ne présenter aucune altération; plus tard, il est infiltré de pus et les canaux de Havers sont rongés et agrandis.

C'est surtout dans la région spongieuse, voisine du

cartilage de conjugaison, que l'on constate le maximum des lésions osseuses. La moelle contenue dans les aréoles de ce tissu est très congestionnée, d'une coloration violacée; elle passe très rapidement à la suppuration, qui serait constante d'après Lannelongue. Ollier a montré que cette opinion était trop exclusive.

En effet, M. Gangolphe¹ a incisé sur un enfant de dix ans un volumineux abcès sous-périostique occupant les trois quarts supérieurs de la cuisse, puis trépané en deux points le col du fémur à sa base, sans qu'il y ait eu issue de pus. La guérison fut rapide et sans nécrose. Mais il faut bien reconnaître que, dans la majorité des cas, l'ostéite infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur s'accompagne de suppuration osseuse.

Les lésions du tissu spongieux sont les mêmes de chaque côté du cartilage de conjugaison. Cependant, l'inflammation du côté de la tête est souvent moins intense. On peut ne trouver à la coupe (obs. X et XI) que quelques taches jaunâtres d'infiltration purulente.

Rarement, dans ce cas particulier d'ostéomyélite, le cartilage d'accroissement résiste longtemps et s'oppose à la propagation de l'inflammation du côté de la tête fémorale. On le trouve très souvent troué comme à l'emporte-pièce, rongé, ramolli, détruit plus ou moins complètement et remplacé par une substance molle, pulpeuse (obs. XI). Il peut même disparaître entièrement et la tête fémorale perdre tout rapport avec le reste du fémur (fig. 2 et 3).

Par contre, les cartilages diarthrodiaux ne sont guère

¹ Gangolphe, *Maladies infectieuses et parasitaires des os*.

lésés que dans deux circonstances différentes : par le développement d'une arthrite suppurée ou par l'envahissement du tissu épiphysaire sur lequel ils reposent. Ils perdent alors leur couleur et leur élasticité (obs. VIII); ils sont colorés par places et présentent des taches rosées ; ils conservent l'impression de l'ongle. Souvent même ils offrent des dépressions en godets de quelques millimètres de profondeur. Des canaux plus ou moins longs, remplis par du pus concret, de couleur grise ou jaune, continuent certains de ces godets, et se terminent à la surface sous-cartilagineuse de l'os.

Cette affection, qui produit très rapidement de si grands ravages dans toutes les parties constituantes de l'articulation, n'envahit que rarement la diaphyse fémorale. La moelle du canal central n'offre cependant qu'une barrière très faible au pus qui a une tendance à se diffuser dans toutes les directions. Il est probable que c'est l'intensité même des phénomènes inflammatoires qui la met à l'abri de l'infection. Le malade est bien souvent emporté par des complications avant que les désordres aient été très considérables, avant même parfois que la hanche ait été envahie par le pus.

Cependant, dans quelques cas (obs. I et X), la suppuration se mêle à la moelle plus ou moins sphacélée, remplit le canal médullaire pendant que le contenu des canalicules d'Havers subit les mêmes transformations pathologiques. A un moment donné « le tissu osseux peut être littéralement isolé dans la suppuration. » (Gangolphe)¹.

¹ Gangolphe. *Maladies infect. et parasit. des os.*

Comme la moelle du fémur, la cavité cotyloïde est rarement intéressée. Si la maladie dure plusieurs semaines (obs. VI), elle présente pourtant des altérations de quelque gravité ; le cartilage disparaît par places ou est recouvert par des bourgeons charnus rougeâtres. Dans aucun des cas que nous rapportons le processus inflammatoire n'a amené la perforation de l'acétabulum, et l'envahissement par le pus de la cavité péritonéale.

Ces lésions anatomiques locales ne sont pas cependant les plus redoutables. Celles que l'on observe du côté des viscères, et elles sont extrêmement fréquentes, emportent la majorité des malades.

En effet, l'ostéite aiguë épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur s'accompagne presque fatalement de pyohémie. La production rapide d'une arthrite purulente suffirait à expliquer son apparition ; mais, ainsi que nous l'avons déjà signalé, il y a des cas où le malade est mort d'infection purulente avant même que la hanche ait pu être envahie par le pus (obs. XI).

L'organe le plus souvent atteint est le poumon ; à l'autopsie, on y trouve à peu près constamment des abcès métastatiques en nombre plus ou moins considérable. Viennent ensuite les abcès des reins, de la rate, les pleurésies et les péricardites purulentes, les pneumonies et les broncho-pneumonies. On note parfois de la congestion des méninges. Dans certains cas, il y a une généralisation de l'infection ostéomyélitique à un grand nombre d'articulations.

Lorsque la guérison survient spontanément, elle se fait par ankylose ; celle-ci peut immobiliser le membre inférieur dans les positions les plus incommodes. Souvent,

en effet, la tête fémorale se soude à la cavité cotyloïde, le cartilage diarthrodial disparaît, et le fémur et l'os coxal ne forment plus qu'une pièce unique du squelette. C'est ce qui explique la situation lamentable de ces malades.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie.

L'ostéomyélite se localise assez rarement au niveau de l'extrémité supérieure du fémur. Ollier a publié une statistique comprenant 95 cas d'ostéites infectieuses du fémur ; 58 fois le tiers inférieur de l'os avait été touché, 15 fois le tiers moyen et 22 fois le tiers supérieur. C'est le fémur gauche qui est le plus souvent atteint : 8 fois dans 14 observations.

La coxalgie ostéomyélitique est une affection des jeunes enfants. On ne la rencontre plus à partir de quatorze ans, et c'est entre six et dix ans qu'elle a son maximum de fréquence ; sur 13 cas, elle est apparue 9 fois entre six et dix ans, 4 fois seulement entre dix et quatorze ans. Elle frappe de préférence les garçons ; dans 15 observations que nous rapportons, où le sexe est indiqué, il s'agit 12 fois de garçons et 3 fois de filles.

Y a-t-il des causes qui puissent expliquer cette grande différence entre les sexes ? On ne peut invoquer le trauma-

tisme, puisque dans ces 15 observations, il n'est intervenu que 4 fois et que 2 de ces cas précisément concernent des jeunes filles. Du reste, sauf 1 fois où il est question d'un coup violent reçu dans la région trochantérienne (obs. XIV), il s'agit de heurts légers, de faux mouvements pour sauter un tas de poussière (obs. XIII), de traumatismes, en un mot, qui paraissent hors de proportion avec la gravité des symptômes que l'on constate dans la suite.

Les diathèses héréditaires et les maladies antérieures ne peuvent pas davantage être incriminées. Dans un seul cas, on a noté une attaque d'ostéomyélite qui aurait précédé l'ostéite du col fémoral ; dans un autre, il était fait mention d'un rhumatisme guéri depuis plus d'une année.

La véritable cause à invoquer, c'est l'état de misère physiologique dans lequel se trouvent la plupart des malades. On a affaire, en effet, bien souvent à des enfants chétifs, strumeux, vivant dans des chambres mal aérées, humides, nourris d'une façon très insuffisante, fournissant un travail exagéré dans un atelier, dans une verrerie (obs. IV) ou occupés à faire de longues courses.

Voilà pourquoi cette maladie frappe surtout des garçons. L'organisme de ces enfants ne peut pas réagir d'une manière assez énergique contre les microbes en migration dans le corps humain. Les staphylocoques, les streptocoques et, plus rarement, les pneumocoques, trouvent un terrain favorable à leur pullulation et s'arrêtent de préférence dans une zone juxta-épiphysaire, normalement congestionnée à cet âge, et, par cela même, plus disposée à devenir le siège d'une inflammation.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

La douleur est, en général, la première manifestation de l'affection, mais elle est tout d'abord si légère, si fugace, ne survenant le plus souvent qu'à l'occasion des mouvements, que les malades n'y attachent aucune importance.

La plupart du temps, cette gêne fonctionnelle se prolonge pendant deux, quatre, dix jours, exceptionnellement trois semaines, puis brusquement l'état général du malade devient mauvais. Les symptômes généraux éclatent avec une telle intensité qu'il arrive parfois que l'enfant, en proie à un délire violent, ne se plaint plus de sa hanche (obs. VII). Le terrible foyer ostéomyélique peut ainsi échapper à l'examen du médecin.

Un frisson ouvre la scène, bientôt suivi d'une fièvre intense. En quelques heures la température monte à 40 et même 41 degrés; on note souvent, dès le début, de grandes oscillations thermiques; le pouls, petit, filiforme ou dicrote, marque 110, 120, 130 pulsations. Le malade,

couché sur le dos, présente un état typhique très marqué : il a de la céphalalgie, son faciès est profondément altéré ; ses traits sont tirés, sa peau chaude ; son regard est vague, ses yeux excavés, ses narines pulvérulentes, sa langue sèche et rôtie. Généralement il y a de la constipation.

Tantôt l'enfant est pris d'un délire furieux, continu, tantôt il est plongé dans un état d'adynamie profonde, indifférent à ce qui se passe autour de lui, répondant à peine aux questions qui lui sont posées, ou gémissant continuellement. Cet état général très grave peut se prolonger pendant plusieurs semaines, mais, le plus ordinairement, le malade est emporté en quelques jours.

Localement, les douleurs du début s'exagèrent ; elles ont pour siège la région de la hanche tout entière, puis elles deviennent continues et leur intensité augmente considérablement à l'occasion des mouvements.

L'enfant pousse des cris de douleur lorsqu'on déplace son membre malade, mais il le laisse dans la position où on le place (obs. IV). L'attitude prise par le membre inférieur peut être quelconque, et la déviation que l'on observe dans la coxalgie tuberculeuse ne se voit pas aussi souvent que l'ont prétendu Duplay et Reclus¹.

La cuisse est sensiblement augmentée de volume dans ses deux tiers supérieurs et uniformément arrondie « comme elle le serait chez une jeune fille² » (Le Fort, obs. II) ; ou bien, en bas, la tuméfaction est limitée par un relief assez dur, profondément placé autour du fémur³

¹ Duplay et Reclus. *Trait. de chirurgie*.

² Le Fort. *Bull. Soc. de chir.*, p. 11, 1880.

³ Lannelongue. *Ostéomyélite de croissance*.

(Lannelongue, obs. VIII). Le pli fessier est effacé. La peau de cette région présente sa couleur normale, ou bien offre une coloration rosée, et, à sa surface, des veines dilatées forment un réseau à mailles larges, qui se continue souvent vers l'abdomen.

La palpation dénote un empâtement de toute la région et quelquefois une fluctuation profonde.

Dans certains cas, on a trouvé une luxation de la hanche.

La pression au niveau de l'articulation coxo-fémorale, du grand trochanter et même de la diaphyse fémorale, réveille des douleurs. Il y a une impuissance absolue du membre par suite de la contraction des muscles avoisinants. Cependant, avec un peu de persistance, et malgré les cris de l'enfant, il est possible d'imprimer à l'articulation quelques légers mouvements dans tous les sens. Sous l'influence du sommeil chloroformique, on peut amplifier ces mouvements : on entend alors au niveau de la hanche de gros craquements lorsqu'on fait exécuter à la cuisse des mouvements de flexion et d'extension ¹ (Girard).

Le plus souvent, la synoviale distendue outre mesure par la suppuration, ce qui donne lieu aux terribles douleurs que nous avons signalées, éclate en plusieurs points.

Une communication, qui existe du reste souvent à l'état normal, peut se produire entre l'articulation et la gaine du psoas et le pus vient former un abcès au niveau du petit trochanter ou même pénétre dans la fosse iliaque. D'autres fois, il fuse entre les différentes couches musculaires de la cuisse, et il en résulte de vastes décollements. Il peut même se diriger du côté de la peau (obs. VII) et donner lieu à des fistules intarissables.

¹ Girard. Thèse de Paris, 1893.

Ces terribles complications expliquent pourquoi la mort est à peu près fatale si l'on n'intervient pas dès l'apparition des symptômes généraux. Les malades non opérés succombent généralement dans les douze premiers jours de l'affection, parfois même au bout de quatre jours (obs. IV). Beaucoup d'opérés meurent aussi, mais il faut tenir compte ici du genre d'opération et de la date de l'intervention, qui ont une très grande influence sur la marche ultérieure de la maladie.

On doit encore, au point de vue de la durée de la coxalgie ostéomyélitique, établir une différence entre les malades qui vivent dans une ville et sont soignés dans un hôpital et ceux qui habitent la campagne. Dans ce dernier cas le malade résiste plus longtemps et le seul exemple de guérison spontanée que nous avons recueilli concerne précisément un petit garçon qui avait été traité dans un village du Jura (obs. VII).

CHAPITRE IV

Diagnostic.

La brusquerie du début de cette affection pourrait faire croire, au premier abord, qu'il est difficile de se méprendre sur la nature du processus inflammatoire.

Cependant les erreurs de diagnostic sont fréquentes, ainsi que l'affirment la plupart des auteurs. Il arrive, par exemple, que le médecin, préoccupé de l'état typhique du malade, ne songe pas à visiter les diverses articulations et pose le diagnostic de dothiéntérie. Le ventre ne présente pourtant ni taches rosées, ni gargouillement, et on note bien plus souvent de la constipation que de la diarrhée.

Dans un cas (obs. VII), le médecin se borna à l'examen de l'appareil pulmonaire et crut avoir affaire à une granulie, sans même se douter que l'enfant avait souffert de sa hanche huit ou dix jours auparavant, et qu'au moment où on le faisait appeler, l'articulation coxo-fémorale du malade était envahie par le pus.

Le diagnostic est plus délicat lorsqu'il s'agit d'une inflammation ostéomyélitique de la cavité cotyloïde. Dans les deux cas, il y a une arthrite purulente de la hanche, et nos moyens d'investigation ne nous permettent pas toujours de différencier ces deux affections. Toutefois, dans le cas de lésions de la cavité cotyloïde, la douleur, le gonflement, l'œdème surviendraient au-dessus du pli inguinal et l'on verrait tôt ou tard se former des abcès pelviens ¹ (Duplay et Reclus).

Il peut arriver que le médecin, trompé par une attaque antérieure de rhumatisme articulaire aigu, pense avoir affaire à une nouvelle poussée du côté de l'articulation coxo-fémorale (obs. VII). Le gonflement de la hanche existe dans les deux cas, la douleur aussi; l'endocardite même a été notée dans le cours d'une infection ostéomyélitique ² (Girard), mais si la fièvre est élevée dans le rhumatisme comme dans l'ostéite juxta-épiphysaire, l'état général du rhumatisant est cependant moins grave, bien qu'il ait souvent plusieurs articulations tuméfiées. Enfin on observe la coxalgie rhumatismale à un âge relativement avancé, chez des personnes que leur profession expose à des variations de température fréquentes (boulangers, tripiers); de plus, c'est presque toujours à l'occasion d'un refroidissement que les accidents initiaux éclatent ³ (Robin).

Certains cas de coxalgie tuberculeuse pourraient induire plus facilement en erreur. Quelquefois, en effet, la tuber-

¹ Duplay et Reclus. *Trait. de chir.*

² Girard. Thèse de Paris, 1893.

³ Rolin. *Gaz. méd. de Paris*, p. 559, 1881.

culose débute brusquement, après un traumatisme, dans l'articulation coxo-fémorale. Il y a une température très élevée, mais l'état général n'est jamais aussi grave que dans l'ostéomyélite de croissance ¹ (Girard). Quant à la forme ordinaire de la coxite tuberculeuse, on ne la confond pas avec une ostéite juxta-épiphysaire. Les antécédents du malade, la lenteur de la marche de l'affection, la gonalgie, les déviations classiques du membre inférieur, l'auscultation de la poitrine, l'état général de l'enfant, son facies, la nature du pus que l'on peut retirer par des ponctions exploratrices, etc., ne permettront pas d'hésiter entre les deux maladies.

On ne prendra pas davantage une coxalgie ostéomyélique pour une psoïte. Dans ce dernier cas, la cuisse se place toujours en demi-flexion avec légère rotation en dehors, par suite de la rétraction des fibres musculaires. La douleur s'accroît par l'extension et l'adduction du membre, et elle a pour siège principal la région lombaire et la fosse iliaque ³ (Mathieu et Strauss). Elle n'augmente pas si on imprime à la cuisse un mouvement de flexion et de rotation en dedans. De plus, la pression et la percussion du grand trochanter sont indolores, la tuméfaction occupe la fosse iliaque et non le pourtour de l'articulation. D'ailleurs, le psoïtis se rencontre presque exclusivement chez la femme pendant l'état puerpéral.

Peut-être pourrait-on hésiter un instant, lorsqu'il s'agit

¹ Girard. Thèse de Paris, 1893.

² Mathieu et Straus. *Dict. encyclop. de sc. méd.*, t. XXXII. 1^{re} série.

d'ostéites consécutives à une dothiéntérie, si l'on n'était pas averti que le malade est un typhique en pleine période de convalescence. On sait, en effet, que la fièvre typhoïde, chez les enfants, s'accompagne d'une élongation aussi rapide que considérable des os du squelette. Les cartilages de conjugaison prolifèrent d'une façon excessive. Aussi voit-on survenir des ostéites post-typhiques que l'on peut rapprocher parfaitement des ostéomyélites de croissance¹ (Hunin) ; toutes deux, d'ailleurs, sont plus fréquentes chez les enfants, s'attaquent de préférence aux os longs et plus volontiers encore aux membres inférieurs ; mais elles se distinguent l'une de l'autre par leur siège même, leur marche, la gravité de leurs symptômes et leur étiologie bactérienne. L'ostéite typhique affecte la diaphyse de l'os, elle ne s'accompagne pas généralement de symptômes généraux graves ; la température reste souvent normale, l'appétit est conservé, la langue n'est point chargée. Les complications osseuses consistent en des lésions superficielles limitées au périoste. Les malades guérissent presque toujours spontanément, sans nécrose, sans suppuration, ou après une simple incision d'un abcès périostique.

Nous ne ferons que signaler les complications osseuses consécutives à la variole, à la scarlatine, à la rougeole. Elles sont d'une extrême rareté.

Nous nous bornerons aussi à mentionner la sacro-coxalgie et la trochantérite, qui déterminent surtout des lésions périarticulaires du côté de la hanche.

Nous laissons naturellement de côté toutes les affections de la hanche qui ne s'accompagnent pas de fièvre.

¹ Hunin. Thèse de Paris, 1885.

Ces quelques considérations montrent que, dans la plupart des cas, le diagnostic de coxalgie ostéomyélique peut être posé d'une façon ferme. Du reste, ce que l'on sait de l'extrême fréquence de l'ostéomyélite chez l'enfant empêchera de songer à une arthrite aiguë primitive toutes les fois qu'un état général grave coïncidera, chez un petit malade, avec des douleurs violentes dans l'articulation coxo-fémorale.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement de la coxalgie ostéomyélique suppurée doit être essentiellement chirurgical. Ici encore, comme dans toute autre forme d'ostéomyélite infectieuse aiguë, il faut opérer, et l'intervention sanglante aura d'autant plus de chance de donner un résultat favorable qu'elle aura été pratiquée plus hâtivement. La nécessité d'une action directe et précoce s'impose d'autant mieux qu'il s'agit non seulement d'une ostéomyélite de l'extrémité d'un os long, mais en même temps et fatalement, comme nous l'avons montré, d'une inflammation suppurée concomitante de l'articulation de la hanche : double raison pour ouvrir largement et drainer ce vaste foyer d'infection.

Le traitement médical ou, pour mieux dire, la temporisation ne peut s'expliquer que par une erreur de diagnostic, et l'on comprend que la thérapeutique chirurgicale n'ait que faire en pareille occurrence. Il faut, avons-nous dit, une intervention sanglante et rapide. Mais à

quel genre d'opération doit-on recourir ? Faut-il, comme l'ont conseillé et pratiqué M. le professeur Lannelongue¹ et quelques chirurgiens², se contenter de l'arthrotomie, ouvrir, drainer les abcès existants, aller à la recherche des foyers profonds, s'en tenir, en un mot, à des débridements intra et extra-articulaires destinés à favoriser l'écoulement du pus ? Nous ne le pensons pas, car, pour la hanche, plus encore que pour d'autres articulations plus superficielles, dans les arthrites infectieuses suraiguës, surtout lorsqu'elles sont d'origine osseuse, l'arthrotomie seule est impuissante à conjurer des accidents aussi graves. Ce drainage périarticulaire est insuffisant, et, de plus, dangereux. Il est insuffisant en raison même de la disposition des extrémités articulaires et de l'impossibilité d'établir ainsi un écoulement facile du pus et des produits d'infection³. Nous ne pourrions, du reste, à ce point de vue, que rééditer des arguments déjà anciens contre l'arthrotomie comme mode de traitement des arthrites infectieuses, surtout lorsqu'il s'agit des grandes articulations, et alors que celles-ci sont dites *serrées* par suite des rapports intimes des extrémités articulaires.

Si, d'une manière générale, l'arthrotomie seule, suivant M. Poncet, doit être condamnée dans les arthrites suppurées, elle doit être proscrite absolument dans la coxalgie ostéomyélitique suppurée. En dehors, en effet, de son inefficacité, l'arthrotomie est dangereuse, parce qu'elle fait perdre un temps précieux. Plus tard, lorsqu'on se

¹ Lannelongue. *Ostéomyélite de croissance*.

² Macnamara. *Brit. méd. Journ.*, 1887.

³ Macnamara. *Brit. méd. Journ.*, 1888.

décidera à la résection de la tête fémorale ¹, des complications à distance, viscérales ou autres, auront pu survenir, le malade se sera affaibli et, comme on le voit si souvent chez de tels sujets pour des opérations de cette espèce, les accidents septicémiques ne pourront être enrayés malgré une intervention des plus rationnelles.

C'est donc à la résection de la tête fémorale que nous donnons la préférence. L'arthrotomie ne doit en être que le premier temps opératoire. Il faut intervenir en pareil cas ² suivant les procédés classiques. Le manuel opératoire ne présente aucune particularité à signaler, à cela près que l'opération est, la plupart du temps, d'une exécution singulièrement facilitée par les désordres qui existent du côté de l'articulation, et entre autres, par le décollement de la tête fémorale. Une telle intervention n'est guère plus compliquée dans ce cas qu'une extraction d'un séquestre profond. Par suite des déchirures, de la destruction de la capsule, de la fracture intra-articulaire, elle ne rappelle en rien, dans son exécution, les difficultés réelles de la résection pour lésions traumatiques, ou pour synovites suppurées, mais superficielles des extrémités articulaires. Cette simplicité dans l'exécution de l'opération a bien son importance ; elle lève souvent les dernières hésitations dans les cas mêmes où l'état général paraîtrait contre-indiquer l'intervention, car la résection peut être menée très rapidement, et un tel acte chirurgical, par sa courte durée, par l'absence de manœuvres

¹ Macnamara. *Brit. méd. Journal*, 1888.

² Ollier. *Traité des résections*, t. III.

prolongées, ne peut aggraver l'état du sujet et trouver dans sa gravité une contre-indication.

La résection de la tête fémorale et du col du fémur permet seule de créer un vide au centre même, en quelque sorte, du foyer infectieux ; seule, elle permet de drainer largement des clapiers purulents qui entouraient l'article de tous côtés et qui s'étendaient plus ou moins loin. Seule encore, par suite du véritable débridement auquel la résection donne lieu, elle apporte un soulagement aux douleurs atroces éprouvées par les malades.

Nous n'insistons pas sur la technique opératoire de la résection, que l'on trouvera décrite dans les ouvrages classiques ; et, quant aux incisions de décharge pour le drainage, elles seront faites également suivant les règles habituelles en ménageant, cela va sans dire, les organes importants, en se frayant une voie dans les interstices musculaires. Les incisions seront larges, multiples, les drains nombreux et suffisamment gros ; en un mot, une large porte de sortie sera ouverte aux lésions inflammatoires profondes.

Cette thérapeutique chirurgicale est la seule à préconiser et naturellement, comme dans toute opération qui peut être classée parmi les opérations d'urgence, elle donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'elle sera, nous le répétons encore une fois, en raison de l'importance de cette indication, pratiquée à une époque plus rapprochée du début des accidents.

Il est exceptionnel, en effet, de voir guérir spontanément des coxalgies ostéomyélitiques suppurées. Sur nos dix-sept observations, nous ne trouvons, qu'un seul malade (obs. VII) qui ne soit pas mort dans les premiers

mois de sa coxalgie. Cette observation n'a aucune valeur pratique. Elle montre qu'à la rigueur l'affection peut guérir sans l'opération que nous donnons pour l'opération de nécessité, mais il s'agit, dans ces cas, comme nous le faisait remarquer M. Poncet, de surprises bien connues de la clinique, et alors aussi que certaines conditions générales, comme cela se présentait chez notre malade : début, évolution de la maladie au grand air, à la campagne, dans des conditions hygiéniques aussi satisfaisantes que possible, etc., peuvent expliquer la survie du malade.

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I

Ostéomyélite du fémur gauche. — Décollement complet de la tête du fémur. — Mort. — (Lannelongue, Ostéomyélite de croissance).

Garçon de six ans. A eu une fièvre typhoïde deux ans avant l'ostéomyélite. Début sans cause par douleur suivie de claudication et gonflement de la partie supérieure de la cuisse gauche le 1^{er} mai 1876. — Entré le 11 mai ; le 12, l'examen local révèle l'existence d'un vaste abcès sous-périostique terminé inférieurement par un gros bourrelet, le genou est intact.

L'auscultation révèle dans la poitrine des signes de pleuro-pneumonie pyohémique. Mort le 13.

Autopsie. — Dénudation du fémur à sa partie supérieure ; l'abcès sous-périostique communique avec l'articulation de la hanche. Décollement complet de la tête du fémur ; infiltration purulente du tissu spongieux de l'extrémité supérieure du fémur.

Pus dans le canal médullaire.

Abcès métastatiques dans les poumons et les reins.
Pleurésie à gauche.
Cœur normal.

OBSERVATION II

Coxalgie suppurée suraiguë, mort après quatre jours avec lésions septicémiques du péricarde et du cœur. — (Le Fort, Bull. soc. de chir., p. 11, 1880).

Le 24 décembre 1879, un jeune enfant de quatorze ans, habituellement en bonne santé, n'ayant jamais éprouvé d'accidents du côté de la jambe, se heurta la cuisse gauche avec un seau rempli d'eau qu'il portait. Il fit un mouvement brusque pour éviter la jambe gauche et éprouva au même moment une douleur extrêmement vive dans l'aîne correspondante. Il s'arrêta, puis, après quelques instants il essaya de faire quelques pas ; mais la douleur fut telle qu'il ne put marcher et cette douleur ne cessant d'augmenter, l'enfant fut apporté à l'hôpital ; il eut du délire pendant la nuit.

Le 25, son facies est encore altéré, ses traits sont tirés, la peau est chaude, la langue sèche, la fièvre vive ; pouls 125, température 39 degrés.

Le malade est dans le décubitus dorsal : la cuisse gauche, légèrement fléchie sur le bassin, peut être étendue, mais au prix de vives douleurs ; même au repos, toute la région de la hanche est douloureuse. La douleur s'exagère à la pression, surtout sur le grand trochanter ; pas de déformation du membre, pas d'empatement des parties molles ; aucun signe de suppuration profonde. Le Fort soupçonne une ostéopériostite phlegmoneuse aiguë aux environs de l'épiphyse fémorale supérieure ; mais en l'absence d'indications thérapeutiques précises, il se borne à l'application de larges cataplasmes. Le soir, température : 40°2.

L'agitation persiste pendant la nuit et le délire est continu. Le 26, la langue est sèche, les dents sont fuligineuses, la soif est vive, l'aspect général du malade ressemble à celui qu'on rencontre

dans la fièvre typhoïde ou certaines formes de rhumatisme articulaire aigu. Rien n'est changé du côté de la hanche et de la cuisse, si ce n'est que les saillies musculaires sont effacées et que le membre dont le volume n'est pas augmenté est uniformément arrondi, comme il le serait chez une jeune fille ; les muscles de la cuisse paraissaient déjà parésiés. Température le matin 38°7, le soir 40 degrés.

Le 27, l'état est le même, l'exploration attentive de la région trochantérienne ne laisse rien constater d'anormal ou qui puisse justifier une intervention projetée de mettre le grand trochanter à nu, et de le trépaner. Température : 38 degrés et 39°9.

Le 28, les symptômes généraux vont en s'aggravant, le délire est continu.

Température 39 degrés et le soir 40°1.

Mort le 29 décembre.

Autopsie. — La diaphyse fémorale est absolument saine, l'articulation de la hanche gauche renferme une notable quantité de pus épais foncé en couleur.

Le cartilage de la tête est intact ; mais en un point la surface osseuse du col est dénudée sur une étendue de 6 à 7 millimètres carrés, l'os semble un peu ramolli à ce niveau (le fémur a été scié depuis la présentation de la tête ; il n'y avait aucune infiltration du tissu osseux sous-jacent).

Le ligament rond, aminci, jaunâtre, recouvert de suppuration, paraît friable. Au près de son insertion, l'os dépouillé de son cartilage, qui a disparu sans laisser de trace, est à nu sur une étendue de 6 à 7 millimètres et en un point qui répond à la partie altérée du col.

Rien du côté de la cavité cotyloïde.

Rien dans la plèvre et dans le poumon gauche. A droite, rien au poumon, mais quelques adhérences pleurales au sommet.

Le péricarde est distendu par un épanchement considérable, formé par de la sérosité trouble, jaunâtre, comme si elle était en voie de transformation purulente.

OBSERVATION III

Ostéomyélite infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur, à marche foudroyante. — (Laure, Lyon médical, 8 novembre 1885).

Jeune garçon de neuf ans et demi se plaignant depuis dix ou douze jours de courbature générale et accusant le jour de son entrée de vives douleurs dans les articulations du genou et de la hanche du côté droit.

Le genou ne paraissait pas tuméfié, mais on pouvait constater un certain empâtement au niveau de la région trochantérienne.

D'autre part, le pouls ne présentait ni l'amplitude, ni la faible tension que l'on observe dans les rhumatismes, mais plutôt le dicrotisme qui caractérise le pouls de la dothiéntérie.

Température très élevée; il existait en même temps un ensemble de symptômes ataxo-adiynamiques graves, du tremblement des lèvres, des soubresauts des tendons et du délire. Le pseudo-rhumatisme fit immédiatement songer à l'ostéomyélite infectieuse et M. Laure pria un de ses collègues de venir examiner le malade, persuadé qu'un débridement ou même une opération très radicale pourrait suffire à conjurer le danger. Il fut convenu qu'on réséquait le col du fémur le lendemain, mais le petit malade succomba dans la nuit.

Autopsie. — L'autopsie, presque clandestine, fut malheureusement très incomplète. On ouvrit néanmoins la cavité cotyloïde et on constata qu'elle contenait une petite cuillerée environ de pus couleur chocolat.

Abcès métastatique du volume d'une noix, au sommet des poumons.

OBSERVATION IV

Coxalgie suppurée de la hanche à marche foudroyante.
(Laure, *Lyon médical*, 28 novembre 1885.)

Paul S..., verrier, âgé de onze ans, entre à la salle Sainte-Aline le 15 février 1885.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A eu une fièvre éruptive dans l'enfance et la fièvre typhoïde il y a deux ans. Bonne santé habituelle. Habite un logement humide, travaille dans une verrerie, où il aurait éprouvé des fatigues exceptionnelles ces derniers jours. Alimentation mauvaise, peut-être même insuffisante.

Depuis le 12, le malade est abattu, prostré. Il a de la courbature et de la céphalalgie. Il éprouve une sensation de pesanteur, de gêne dans la cuisse droite, qui est douloureuse dans la marche.

Du 13 au 15, date de son entrée à l'hôpital, l'état général du malade s'aggrave. L'enfant a du délire et ne peut plus marcher. Température à l'entrée, 40°2.

Le 16, aspect typhique très prononcé. Malade couché sur le dos, les membres inférieurs demi-fléchis. Regard vague, yeux excavés, battus, pupilles très dilatées. Facies pâle, très amaigri, langue sèche, saburrale. L'enfant se plaint et gémit continuellement. Il n'accuse des douleurs qu'à la cuisse.

Si on essaye de déplacer le membre droit, à chaque mouvement communiqué le malade pousse des cris de douleur, mais laisse son membre dans la position où on le place. La douleur est aussi très vive lorsqu'on fait exécuter des mouvements aux articulations coxo-fémorales et du genou droit.

Cuisse droite sensiblement augmentée de volume dans ses deux tiers supérieurs. Au niveau, peau rouge, mais non tendue. Quelques petits ganglions douloureux dans le pli de l'aîne. Douleur assez vive quand la pression porte entre le grand trochanter et

l'épine iliaque antéro-supérieure. Le pli fessier persiste à droite comme à gauche. Rien du côté de la colonne vertébrale. Rien dans la fosse iliaque. Température, 40 degrés. Sonorité normale dans toute l'étendue de la poitrine. Rien au cœur.

On porte le diagnostic : ostéomyélite infectieuse, et on prescrit : quinine, thé au rhum, etc. Le soir, à la contre-visite agitation extrême; le malade ne répond plus à aucune question : regard fixe, pupilles extrêmement dilatées. Les mains, constamment en mouvement, ramènent les couvertures sur le thorax et les roulent sans cesse. Le délire persiste jusqu'à la mort qui survient à 1 heure du matin.

Autopsie. — Cœur normal. Nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons. Rien aux reins. Foie légèrement graisseux.

Fémur. — En incisant la peau de la cuisse, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, au pourtour de l'articulation coxo-fémorale, de l'œdème gélatineux.

L'articulation ouverte laisse voir une teinte jaune sale du cartilage; le fond de la cavité contient une cuillerée environ de pus chocolat, mais en aucun point on ne peut constater de perte de substance. Mêmes lésions dans les os du coude et de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main droite.

Les différents os, sciés et examinés au niveau du cartilage de conjugaison, paraissent un peu congestionnés, et, sur un point très limité, il semblait y avoir une gouttelette purulente.

OBSERVATION V

Ostéite juxta-épiphysaire du col du fémur. — Arthrite purulente consécutive. — Mort par broncho-pneumonie.
(Monnier, *Soc. anat.*, 25 mars 1892.)

Le 23 février 1892, entre dans le service du Dr Monnier, une fillette de six ans et demi qui, vingt-quatre heures après un

écart un peu violent survenu six jours avant, avait été prise d'une douleur assez vive dans la hanche gauche, accompagnée bientôt d'un état général grave, puisqu'en six jours elle en était arrivée à l'état suivant : adynamie profonde, subdélire, réponses vagues, facies très altéré, typhoïde, lèvres fuligineuses, langue sèche, rôtie, température, 40 degrés, pouls petit, très fréquent.

La cuisse gauche est en flexion et en abduction, tout à fait dans l'attitude de la luxation ischio-pubienne, d'autant qu'à l'aîne il y a une saillie entourée d'un empâtément fort douloureux, sans rougeur de la peau toutefois ; la palpation donne sur ce point la sensation d'un engorgement ganglionnaire inflammatoire, non fluctuant ; avec un peu de persistance et malgré de vives douleurs, on étend la cuisse et on ramène en parallélisme les deux membres inférieurs ; il n'y a donc pas de luxation.

L'examen des viscères dénote une congestion à la base droite et un large foyer de broncho-pneumonie à la partie inférieure du poumon gauche.

Mort.

Autopsie. — Lésions habituelles de la broncho-pneumonie du lobe inférieur gauche à la période de l'hépatisation rouge.

Les lésions importantes siègent à la hanche gauche.

Le feuillet profond de l'aponévrose fémorale incisé, on tombe sur un foyer contenant une cuillerée à bouche de pus venant de l'articulation coxo-fémorale qui, elle-même, en est pleine. La cavité cotyloïde débarrassée de la tête présente à sa partie postéro-antérieure une tache rouge de congestion ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. C'est en effet en ce point que touche la portion altérée du col, sous forme d'une érosion de même largeur partant du cartilage d'encroûtement et descendant sur le bord inférieur du col. Là, on ne voit plus trace du périoste et de la lame compacte, le tissu spongieux lui-même est lie de vin, un peu ramolli. Au pourtour de l'ulcération, le périoste est décollé et la zone limitrophe du cartilage d'encroûtement est violacée, mais le cartilage épiphysaire n'est pas décollé. Rien ailleurs.

OBSERVATION VI

*Ostéomyélite aiguë intra-articulaire du col du fémur. —
Arthrite purulente consécutive de la hanche. — Pyohémie.* (Coudray, Soc. anat., 6 mai 1887.)

Garçon de neuf ans et demi, entré à l'hôpital Trousseau dans le service de M. le professeur Lannelongue plus de trois semaines après le début des accidents.

Ressent de violentes douleurs dans le membre inférieur gauche et dans la hanche en particulier. Œdème de tout le membre. Etat général très grave. Au moment où le malade est examiné, il présente les signes évidents de l'infection purulente : grandes oscillations thermométriques, arthrites purulentes multiples.

Quelle origine attribuer à cette pyohémie ?

L'attention est attirée du côté de la cuisse gauche qui présente un gonflement considérable, marqué surtout à sa racine. Les mouvements sont encore possibles, l'articulation semblerait relativement saine, au moins quant au squelette ; mais en soulevant la cuisse, on perçoit dans la hanche un gros craquement sec, manifestement dû au frottement de deux surfaces dénudées.

M. Lannelongue porte le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, ayant pour point de départ, soit le col, soit la tête du fémur. Enfin, il existe un empâtement dans la fosse iliaque interne du même côté et une énorme collection occupant presque toute la cuisse à la partie antérieure et interne.

L'enfant meurt au bout de quatre jours.

Autopsie. — On remarque :

1° A la périphérie, en dehors du squelette de la hanche, une collection purulente occupant la fosse iliaque interne et les trois quarts inférieurs de la cuisse du côté gauche le fémur n'est dénudé en aucun point.

2° L'articulation elle-même est remplie de pus et communique avec la poche purulente située en avant d'elle.

3° Le squelette de la hanche est le siège de lésions importantes. En sectionnant longitudinalement la tête et le col du fémur, la tête s'est détachée de la partie adjacente du col. Ce dernier présente à l'extérieur des inégalités, des petites saillies et une coloration grisâtre.

Sur sa face antérieure et sur son bord postérieur, l'os a subi un commencement d'ulcération. A la coupe, le tissu spongieux présente une coloration grisâtre due à une infiltration purulente, principalement dans la moitié supérieure du col. La tête du fémur, complètement dépourvue de cartilage, est dure et infiltrée de taches jaunâtres et purulentes. Elle a conservé sa régularité.

Le canal médullaire est sain.

Du côté de la cavité cotyloïde, les altérations sont moins prononcées ; néanmoins le cartilage a disparu dans toute la partie antérieure et supérieure : il ne persiste qu'en arrière et en bas et est recouvert en ce point par des bourgeons charnus rougeâtres.

Il s'agit donc d'une ostéomyélite aiguë ayant débuté par l'extrémité interne ou supérieure du col fémoral, ayant envahi consécutivement la tête fémorale et provoqué une arthrite purulente. La collection intra-articulaire s'est elle-même propagée dans la fosse iliaque par la bourse du psoas et est descendue dans la cuisse par la même voie.

OBSERVATION VII

Ostéomyélite aiguë de la hanche droite. -- Pneumonie double.
— *Guérison spontanée avec ankylose du fémur.* — (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet.)

K..., Charles, treize ans, entré le 28 novembre 1894, salle Saint-Philippe.

Antécédents héréditaires et collatéraux nuls.

Antécédents personnels. — Pas de scrofule dans l'enfance. Rougeole dans le jeune âge, sans gravité. Au mois de janvier 1893,

le malade fit, sur le genou droit, une chute qui l'obligea à rester couché pendant un jour. Sa mère prétend qu'il eut pendant trois ou quatre jours de la fièvre.

En avril 1893, attaque de rhumatisme articulaire aigu, localisée au genou droit. L'enfant est resté malade un mois et demi. Traitement : salicylate de soude, teinture d'iode et enveloppement ouaté.

Au mois de janvier 1894, sans cause appréciable, le malade ressentit une douleur spontanée, plus ou moins vague, s'exagérant par les mouvements, qu'il localisait au niveau du pli de l'aîne du côté droit. Les jours suivants, les douleurs augmentèrent, l'appétit diminua progressivement, la température du malade s'éleva peu à peu.

L'enfant qui se trouvait en ce moment chez sa grand'mère, fut renvoyé chez ses parents, où il arriva le sixième jour après le début de son affection. Il avait fait deux heures de chemin de fer et avait eu froid. Il pouvait encore marcher, mais très difficilement.

A son arrivée chez ses parents, il dut se mettre au lit immédiatement. Il eut pendant plusieurs heures de violents frissons. Le même jour il se mit à délirer et à tousser. Il prétend avoir craché rouge. Son délire dura huit jours. On fit appeler un médecin qui porta le diagnostic de granulie à forme typhoïde. Traitement : cachets de salol et de salicylate de soude.

Quand le médecin arriva, le malade ne se plaignait plus de sa hanche, qui était du reste déjà immobile, mais dix jours environ après le début des phénomènes douloureux du côté de cette articulation, le genou droit se tuméfie et devint le siège de douleurs spontanées, lancinantes, continues et très exagérées par les mouvements. Le médecin crut avoir affaire à une nouvelle attaque de rhumatisme. Il n'y eut pas de suppuration au niveau de l'articulation, mais le genou demeura ankylosé.

A la fin du mois de janvier, la douleur du genou commença à s'apaiser, mais peu à peu et de bas en haut, toute la cuisse augmenta de volume, devint rouge, des douleurs très vives ne laissaient aucun repos à l'enfant, et au milieu du mois de mai, la han-

che fut de nouveau atteinte. Tout mouvement du membre inférieur droit redevint impossible à cause de la douleur et de la contraction des muscles de la région. En juin, un abcès se produisit au niveau de l'articulation coxo-fémorale immédiatement en arrière du trochanter. Trois autres abcès s'ouvrirent successivement à la partie antérieure et postérieure de la racine de la cuisse. La suppuration dura un mois et pendant cette période, l'intensité des douleurs diminua progressivement.

Ce ne fut qu'au mois d'août que le malade put se lever, il s'aperçut alors que son membre inférieur du côté droit était complètement ankylosé au niveau du genou et de la hanche.

Il resta dans cet état jusqu'en novembre 1894, date à laquelle un médecin lui conseilla de se rendre à l'hôpital. Il entra le 28 novembre, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe.

1^{er} décembre 1894. — Etat actuel. — Le membre inférieur droit est placé en adduction légère et en rotation en dedans. La ligne ombilico-pubienne prolongée vient passer entre le 3^e et le 4^e orteil du pied droit. Le membre malade paraît notablement plus court que l'autre.

L'épine iliaque antéro-supérieure est, à droite, remontée d'1 centimètre et demi à 2 centimètres, la ligne bi-iliaque antéro-supérieure est fortement inclinée de droite à gauche. Le pli de l'aîne du côté droit est bien plus marqué que du côté gauche.

Le pli fessier à droite est plus élevé de 2 centimètres.

Scoliose compensatrice à la colonne vertébrale.

En avant et en arrière, on voit la trace de quatre abcès, les cicatrices sont arrondies, déprimées, adhérentes aux plans profonds.

Les mensurations, faites avec tout le soin possible, après avoir placé les deux membres dans une attitude symétrique, ont donné :

A droite, à 20 centimètres au-dessus de la base de la rotule, 34 centimètres ;

A gauche, 35 cent. 5 ;

A droite, à 10 centimètres de la base de la rotule, 23 centimètres ;

A gauche, 25 centimètres.

La palpation ne dénote aucun point douloureux au niveau de l'articulation coxo-fémorale, de la diaphyse fémorale et du genou, il en est de même de la pression sur les deux trochanters et sur les crêtes iliaques, mais on constate que tout le corps du fémur est très épaissi, d'une façon plus ou moins régulière.

On note de plus une ankylose complète du genou, de la rotule et de la hanche. Les quelques mouvements que l'on observe au niveau de la racine de la cuisse sont des mouvements communiqués qui se passent dans les articulations du bassin.

On sent la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, il existe donc une luxation ou tout au moins une subluxation pathologique. D'ailleurs la mensuration des deux membres inférieurs, prise des épines iliaques antéro-supérieures aux malléoles externes a donné pour le côté droit, 73 millimètres et pour le côté gauche, 74 millimètres.

Rien à signaler dans la fosse iliaque, du côté des os du bassin, rien dans le reste du système osseux.

On n'observe aucun trouble trophique sur le membre ankylosé.

Depuis le mois d'août 1894, l'état général du malade est excellent, une observation minutieuse ne révèle rien d'anormal du côté des appareils digestif, circulatoire, respiratoire et nerveux.

Le processus inflammatoire du côté du membre inférieur droit semble éteint. Néanmoins, M. le professeur Poncet, ne juge pas utile d'intervenir, au point de vue orthopédique, de crainte, par des mouvements forcés, de réveiller un vieux foyer microbien.

Le malade quitte l'hôpital le 10 décembre 1894, marchant péniblement avec un bâton.

OBSERVATION VIII

Ostéomyélite du fémur gauche. Décollement de la tête du fémur. — (Lannelongue, Ostéomyélite de croissance).

G... Paul Jean, âgé de six ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie le 11 mai 1876, salle Napoléon, n° 35.

Rougeole à l'âge de trois ans. Fièvre typhoïde assez sérieuse à l'âge de cinq ans. Au dire des parents, il s'était remis complètement lorsqu'il y a dix jours, il se plaignit sans cause de douleurs vives dans le membre inférieur du côté gauche ; en même temps, il se mit à boiter. On le coucha le lendemain et on s'aperçut que la cuisse du même côté était gonflée.

Il entra à l'hôpital le 11 mai. L'enfant a une apparence chétive ; il est pâle, décoloré, ne se plaint pas et souffre beaucoup moins aujourd'hui 12 mai, au dire des parents, qu'il y a trois ou quatre jours. Le pouls est fréquent et faible. En découvrant la cuisse, on reconnaît une tuméfaction énorme, étendue depuis la partie supérieure jusqu'à son quart inférieur. Cette tuméfaction comprend la totalité de la circonférence du membre ; en bas, elle est limitée par un relief assez dur profondément placé autour du fémur. La peau de cette région a sa couleur ordinaire ; par la transparence, on voit se dessiner un réseau vasculaire à mailles polygonales qui remonte sur la face antérieure vers le pli de l'aîne.

Cette tuméfaction n'offre pas une grande consistance et on y reconnaît promptement une fluctuation profonde facile à constater dans tous les points autour du membre.

On a recherché si cette vaste collection ne communiquait pas avec la hanche ; mais on n'est arrivé à rien de précis ; pourtant, l'absence de gonflement en avant, du côté de la tête du fémur, de même qu'en arrière du grand trochanter, fait penser que l'articulation coxo-fémorale est encore intacte. Le genou est sain. Quand on appuie sur le corps du fémur, au-dessous de la tuméfaction, de même que sur le grand trochanter, l'enfant pousse des cris assez forts. L'abcès est incisé largement en dehors, au-dessous du grand trochanter, il sort une quantité considérable de pus. Avec le doigt on reconnaît alors que le fémur est dénudé dans toute sa circonférence en haut, et on arrive jusqu'au niveau du petit trochanter ; à la partie moyenne de l'os, la dénudation cesse au niveau de la ligne âpre. Un gros tube à drainage est placé entre les lèvres de l'incision qui occupe la partie la plus déclive de la poche.

Le 13, l'enfant est très affaibli, sa respiration anxieuse, gênée. Il a beaucoup toussé dans la journée. A l'examen du thorax, on

trouve une matité occupant la moitié inférieure de la poitrine avec souffle et égophonie du côté gauche. A droite, il existe des râles sous-crépitants, nombreux à la base. L'auscultation du cœur n'indique rien d'appréciable. L'état de la cuisse n'offre rien à noter que le dégorgement du membre ; pourtant, il existe un peu d'œdème à la jambe et au pied. L'alcool fut la seule prescription. L'enfant meurt dans la journée du 13.

Autopsie. — Viscères thoraciques. — A gauche, épanchement considérable de la plèvre de couleur louche, avec beaucoup de fausses membranes qui nagent dans le liquide. Le poumon du même côté présente à la surface du lobe inférieur de petits infarctus superficiels ; incisés, on trouve du pus au centre de quelques-uns d'entre eux.

Le poumon droit présente une congestion très marquée dans tout son lobe inférieur ; sa friabilité est grande.

Dans le lobe supérieur on trouve deux cavités grosses comme une noisette pleines de pus et à côté d'elles de petits infarctus superficiels noirs et jaunes au centre.

Le cœur n'offre rien à signaler. Le foie, la rate ne présentent pas d'abcès ; les reins, au contraire, présentent l'un et l'autre plusieurs petits abcès placés dans la substance corticale ; leur cavité est à peine formée, la substance tubuleuse est moins rouge que d'habitude.

Membre inférieur gauche. — En agrandissant la cavité incisée, on reconnaît que le fémur est dénudé dans la partie supérieure de la diaphyse, sauf au point où les muscles s'insèrent à la ligne âpre.

Le grand et le petit trochanter ont conservé leur périchondre ; sur le col fémoral le périoste n'existe plus sur la face antéro-supérieure et il y a là une vaste ouverture de la synoviale. L'articulation de la hanche est pleine de pus. La portion du périoste qui reste adhérente au col se fixe au pourtour de la tête du fémur et la maintient en place.

Cette tête, en effet, est séparée du col dans tout le reste de son étendue ; il existe un décollement épyphysaire complet. La tête du fémur présente une série d'altérations ; son cartilage diarthrodial

a perdu sa couleur et son élasticité dans toute son étendue ; il est coloré par places et présente des taches rosées. Il conserve l'impression de l'ongle. De plus, il offre une dépression assez étendue en godet, d'environ trois quarts de centimètre de diamètre et 1 millimètre de profondeur. Le fond est constitué par une même couche de cartilage, couche transparente et qui se continue avec le reste du cartilage.

Cette dépression ne contient aucun détrit ; à côté d'elle, se trouvent de nouvelles dépressions très petites, de véritables petits godets présentant les mêmes caractères. Quand on fait une coupe du cartilage au niveau de ces godets, on reconnaît qu'à ce niveau le cartilage est aminci et qu'il repose directement sur l'os ; il se fait donc une disparition du cartilage de sa face adhérente vers sa partie superficielle. La grande dépression est placée à 1 centimètre du ligament rond.

Outre ces dépressions, le cartilage diarthrodial présente près de sa circonférence une série d'orifices au nombre d'une vingtaine. Quelques-uns de ces orifices reçoivent la tête d'une épingle. Ils sont parfaitement circulaires et chacun d'eux est l'ouverture d'un canal ; les canaux, très ouverts, ou longs sont cylindriques et se terminent à la surface sous-cartilagineuse de l'os qui est exubérant en ce point. Dans l'intérieur de ces canaux on trouve quelquefois une substance grise ou jaune qui n'est autre que du pus concret.

Quand on soulève la tête fémorale presque entièrement décollée, on reconnaît que le cartilage épiphysaire a presque totalement disparu. Quelques plaques ramollies existent çà et là, adhérentes à la tête. Une coupe de la tête du fémur montre le tissu réticulé, coloré en jaune et infiltré de pus.

La surface du col en rapport avec la tête, au niveau du cartilage épiphysaire, est inégale, un peu mamelonnée, grisâtre. Une coupe médiane du col du fémur et de la diaphyse fait aussi reconnaître que le tissu réticulé est infiltré de pus dans sa presque totalité ; çà et là il offre de grandes taches jaunes au lieu de sa coloration ordinaire rosée. Dans le canal médullaire, à son origine supérieure, on trouve une cavité grosse comme un haricot, pleine de pus ver-

dâtre qui s'écoule sous un filet d'eau. Au dessous, la moelle est diffuente, d'un gris sale ou d'un rouge vif; on retrouve encore une petite traînée de pus vers le milieu du canal diaphysaire.

L'extrémité inférieure est normale, l'articulation du genou ne contient aucun liquide.

OBSERVATION IX

Ostéomyélite du fémur et de la clavicule gauches. — Mort.
(Lannelongue, *Ostéomyélite de croissance.*)

Garçon de six ans et demi, chétif, parents très malheureux. Sans cause appréciable, il se plaint de la cuisse gauche et se met à boiter le 17 juillet. Entre à l'hôpital le 17. Gonflement œdémateux de la cuisse gauche, coloration rosée et veines dilatées. Douleur à la pression du grand trochanter et de la diaphyse du fémur. Contractures et douleurs qui rendent impossibles les mouvements de la hanche. Douleur sur la clavicule gauche, sans gonflement, ni rougeur; le 21 juillet, fluctuation profonde à la partie antérieure et supérieure de la cuisse; ouverture de l'abcès par une incision qui passe en dehors de la fémorale. Contre-ouverture en arrière et drainage. Le 22, abcès sur la partie intérieure de la clavicule; ouverture. Diarrhée abondante; mort le 24 juillet.

Autopsie. — Infiltration purulente de la clavicule, décollement épiphysaire interne. Extrémité supérieure du fémur en partie dénudée et infiltrée de pus dans l'intérieur; articulation coxo-fémorale, purulente.

Abcès métastatiques dans les poumons. Rien au cœur.

OBSERVATION X

Ostéomyélite du fémur gauche. — (Lannelongue, Ostéomyélite de croissance.)

A... (René), âgé de six ans et demi. Entré le 17 juillet 1877, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Enfant très chétif. A un an coqueluche très violente, suivie de la rougeole; il s'enrhume facilement chaque hiver; ses parents sont très malheureux. Il y a cinq jours, sans motif appréciable, cet enfant se plaignit de la cuisse gauche et se mit à boiter. Il marcha ainsi difficilement pendant deux jours, puis un gonflement se montra et on le conduisit à l'hôpital le 17 juillet.

La cuisse gauche présente un gonflement considérable, surtout marqué à la partie supérieure et à la face interne; la peau offre une légère coloration rosée en ce dernier point et est parcourue par quelques veines: de là, le gonflement descend en diminuant, jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; il est absolument œdématique et nullement circonscrit par un bord dur.

Genou sain. Pression sur le grand trochanter réveille de vives douleurs ainsi que dans le trajet de l'os correspondant au gonflement. Pas de fluctuation.

L'enfant ressent une douleur intense dans le membre affecté et le moindre attouchement lui fait pousser des cris horribles. Mouvements de la hanche absolument impossibles à cause de la douleur et de la contracture des muscles de la région. Douleur dans l'épaule gauche. Figure de l'enfant exprime l'inquiétude; elle est anémiée; la langue est sèche: le pouls est à 140, la temp. à 39°: il gémit continuellement et ne dort pas.

Aucune résolution ne fut prise avant l'apparition de l'abcès qui fut ouvert le 21 juillet.

Ce jour-là, on constatait que le volume de la cuisse avait augmenté, la rougeur était moindre, l'œdème persistait avec les mêmes caractères. Un éfluctuation profonde était reconnaissable à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, en arrière des vaisseaux fémoraux.

Cette collection fut ouverte en pénétrant en dehors de l'artère à 1 centimètre environ. Le doigt introduit dans la cavité permit de reconnaître que le fémur était dénudé sur sa face antérieure et au-dessous du petit trochanter. Une contre-ouverture fut faite en arrière des adducteurs et un tube à drainage passé de l'un à l'autre orifice. Du 21 au 26 juillet, l'état du malade empira.

Abcès sur la face antérieure et interne de la clavicule gauche

Ouverture. Articulation sterno-claviculaire pleine de pus. Diarrhée, vomissements. Dans la poitrine, râles sous-crépitaux aux deux bases.

Suppuration fétide au niveau de la hanche; le pus sort, mélangé de caillots noirâtres : diarrhée abondante. Mort le 26.

Autopsie. — Clavicule complètement privée de son périoste dans ses trois quarts internes. Articulation sterno-claviculaire pleine de pus.

Fémur. — La tête du fémur n'est pas tout à fait privée de son cartilage, mais celui-ci est usé, érodé; le fond de la cavité est rugueux, l'arrière cavité est à peu près dépouillée de son coussin cellulo-adipeux, le ligament rond n'a pas de résistance et se déchire sans effort. Les parties voisines de l'articulation sont grisâtres, mollasses, infiltrées de sanie purulente.

Le fémur est dénudé dans son tiers supérieur, à partir du petit trochanter, et il existe une communication à ce niveau avec la cavité articulaire. Le périoste est détruit dans presque toute cette dénudation, sauf en arrière, vers la ligne âpre. Après avoir enlevé cet os et en avoir fait une coupe, on constate une infiltration purulente dans le tissu spongieux à partir du cartilage épiphysaire. Le cartilage est détruit en deux endroits et le noyau épiphysaire de la tête fémorale présente quelques taches jaunâtres d'infiltration purulente. Dans le canal médullaire, la moelle a une coloration d'un rouge intense dans la moitié supérieure de l'os; de plus, il existe deux petits abcès; l'un, placé en haut, à la limite de ce canal, a le volume d'un gros pois.

Le tissu compact est raréfié près du petit trochanter et il existe là de grosses cellules pleines de fongosités et aboutissant à des ouvertures extérieures. La partie inférieure du fémur est saine.

Viscères. — Deux abcès métastatiques volumineux dans le poumon droit vers la partie moyenne; la base de ce poumon était friable et congestionnée. Dans le poumon gauche, on trouve un assez grand nombre de petits abcès disséminés dans ses lobes moyen et supérieur.

Le foie et les reins n'ont rien d'anormal.

Pas d'épanchement péricardique, ni d'altérations valvulaires.

OBSERVATION XI.

Ostéomyélite du fémur droit. — Hémorragie. — Désarticulation de la hanche. Mort. — (Lannelongue. Ostéomyélite de croissance).

M... Louis-Jean-Baptiste, âgé de treize ans, entré à l'hôpital de Sainte-Eugénie le 3 janvier 1878, salle Napoléon n° 39, mort le 26 janvier 1878. Pas d'antécédents héréditaires.

Enfant grand, maigre et chétif, n'a eu que la rougeole à l'âge de sept ans, n'a jamais eu de rhumatisme. Habite un appartement aéré au 2^e étage. Il travaille chez un bijoutier et il est assis, fait de petites courses.

Le 30 décembre 1877 il fut pris, sans cause, de douleurs vives dans la cuisse droite. Malgré ces douleurs, il fit une course à pied pendant une heure et demie, rentra et se coucha. Le lendemain matin il garda le lit, mais pendant la journée, il se leva, revint à l'atelier qu'il nettoya ; les douleurs augmentant, on le ramena chez lui où il s'alita.

Le 1^{er} janvier il vomit le matin et le soir. La journée fut mauvaise ; il eut des maux de tête, de la fièvre, une agitation extrême. A l'examen, le 5, on lui trouva un facies typhique, les lèvres sèches, la langue blanche, les narines pulvérulentes.

A la surface de la cuisse droite des veines dilatées forment un réseau à mailles larges, qui se continue vers l'abdomen : pas de rougeur à la peau. Impuissance absolue du membre. Quelques petits mouvements dans tous les sens peuvent être imprimés, presque sans douleurs, à l'articulation coxo-fémorale.

Forme de la cuisse fusiforme ; la palpation dénote un peu d'œdème dans la région supérieure et antérieure de la cuisse et dans la région trochantérienne. Toute la diaphyse fémorale est douloureuse à la pression.

Trépanation du fémur à 2 centimètres au-dessous du grand

trochanter. Le périoste a sa couleur blanche, son aspect brillant, adhérent aux fibres et à l'os.

Ouverture à l'os : il est sorti une quantité notable de pus, d'abord pur, puis mélangé avec du sang.

La perforation plus bas, pénétrant dans le canal médullaire, il est sorti de nouveau du pus. L'enfant dit se trouver très soulagé dans la soirée.

Le 13 janvier l'auscultation fait découvrir à droite un frottement pleurétique bien distinct, occupant la moitié inférieure de la poitrine, à gauche des râles crépitants avec une respiration un peu soufflante et de la submatité. Pouls : 100 ; vésicatoire sur le côté gauche. Potion au kermès, digitale.

Le 21 janvier ouverture d'un abcès à la partie antérieure et interne de la cuisse.

Le 24 janvier à minuit l'enfant dormait, lorsque la sœur de garde le découvrant vit que son lit était taché de sang en abondance. Le matin, enfant tout à fait pâle, décoloré, pouls filiforme.

Lavages.

Le 26 janvier lavage de la poche ; au moment de l'injection il se produit une nouvelle hémorragie par un des drains, le sang est rouge et presque rutilant : il sort en abondance, compression de la fémorale sur le pubis ; le sang continue à venir. Agrandissement de l'ouverture pour chercher d'où vient l'hémorragie. On ne trouve rien.

Désarticulation de la hanche. Mort une heure après.

Autopsie. — *Plèvre* : des deux côtés, adhérences pleurales assez nombreuses, récentes, fausses membranes molles.

Péricarde contient un liquide séreux.

Poumons : Pas de pneumonie du côté droit. Le poumon gauche vers la base est rouge, légèrement carnifié : pourtant il nage. En un point de la surface on trouve deux abcès métastatiques.

Petits abcès rénaux, Rien au foie.

Fémur gauche sain.

Fémur droit : malade. Extrémité supérieure : région trépanée. Par les orifices ronds trop petits du trépan, il sort du pus liquide. Pus dans le canal médullaire au milieu d'une moelle rouge et dif-

fluente. L'extrémité supérieure est partout recouverte de son périoste : sauf sur une surface placée entre la base du grand trochanter et le col en avant ; là, l'os est à nu dans 2 centimètres carrés environ. La lésion s'arrête à la limite de la capsule en haut ; sur cette partie dénudée on voit deux ou trois orifices elliptiques, grands comme une tête d'épingle à bords irréguliers. C'est le seul point où l'os soit dénudé. La tête du fémur est recouverte par un cartilage diarthrodial, moins brillant, à consistance molle et gardant l'empreinte de l'ongle.

A la base du cartilage diarthrodial, en arrière, se trouve une ulcération de ce cartilage de 1 centimètre de long, dont le fond est formé par la surface osseuse dénudée, mamelonnée et irrégulière ; le bord de ce cartilage aminci en son pourtour s'arrête brusquement. Au-dessus de cette ulcération on en voit une deuxième incomplète, c'est-à-dire que le cartilage est déprimé en godet, mais continu.

Dans la cavité articulaire, il n'y avait pas de pus, mais un liquide louche, la capsule et la synoviale sont saines.

Coupe médiane de l'extrémité supérieure comprenant la tête, le col, le grand trochanter et 2 centimètres de la diaphyse.

Cette coupe montre dans la tête fémorale, entre le cartilage épiphysaire et le cartilage diarthrodial, une grande tache déjà un peu jaune occupant presque toute la hauteur du tissu réticulé, de 1 centimètre en travers, limitée par deux autres taches rougeâtres couvrant le reste de la coupe. Dans le tissu réticulé, une pointe d'aiguille enlève une substance grumeleuse que le microscope a montrée être très riche en leucocytes.

Cartilage épiphysaire de la tête. — Dans les deux tiers de sa longueur il a son épaisseur et son apparence normales ; dans l'autre sens, qui correspond à la partie antérieure et postérieure du col, il a disparu et est remplacé par une substance molle, pulpeuse dans une étendue d'1 centimètre. Ce ramollissement se poursuit profondément et conduit près de l'ulcération du cartilage diarthrodial.

Col du fémur. — Toute cette partie a une coloration générale jaune, qui devient très prononcée et verdâtre vers la diaphyse. Il

n'y a pas de raréfaction osseuse générale, mais il existe de petites taches noires, allongées, creusées dans des cavités de même forme, pleines d'une substance noire diffuente.

La coloration jaune est due à une infiltration purulente de tout le tissu réticulé, plus prononcée à mesure qu'on se rapproche de la diaphyse où la coloration jaunâtre est intense.

Le cartilage qui sépare le grand trochanter du col existe dans une étendue d'1 centimètre vers le milieu, mais il a disparu aux deux extrémités antérieures et postérieures et est remplacé par une substance molle.

Vers la partie moyenne du fémur la moelle a disparu à peu près complètement; on ne trouve plus qu'une couche purulente, limitée par de grands godets ayant pour parois de fines trabécules de tissu spongieux communiquant entre elles.

Toute la partie moyenne de la diaphyse est pleine de pus.

Le tissu compact du fémur est entièrement comparable à la coupe du fémur sain; le périoste qui recouvre la diaphyse, même dans les points les plus purulents, est absolument sain.

Cavité cotyloïde saine.

OBSERVATION XII

Ostéomyélite de la hanche gauche.

(Girard, thèse de Paris, 1893.)

L... F., quatorze ans, entre dans le service du professeur Lannelongue, au mois de décembre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade est entré au mois de février 1892 à l'hôpital Saint-Louis pour des fistules d'ostéomyélite à la cuisse droite. Il a été opéré deux mois après son entrée. Il existait avant l'opération un écoulement de pus qui a persisté jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle les fistules se sont fermées. Il y a un mois, le malade a ressenti des douleurs dans la

cuisse gauche, au niveau de la tête du fémur. Il est resté couché chez lui pendant trois semaines avant de rentrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve une luxation de l'articulation coxo-fémorale en arrière et en haut. Le membre est en rotation en dehors, comme dans une fracture. La mesure prise de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la rotule donne pour la cuisse gauche un raccourcissement d'au moins 2 centimètres. Il existe une forte ensellure. Les deux épines iliaques antéro-supérieures ne sont plus au même niveau : la gauche est plus élevée. La cuisse présente au niveau des deux trochanters un empâtement diffus considérable, douloureux à la pression. Le diamètre antéro-postérieur de la fesse est raccourci, le transversal, au contraire, est allongé.

La langue est sale et sèche. La température est à 40°,2. Le 16 décembre 1892, on pratique la première opération, l'arthrotomie de la hanche ; on trouve la tête fémorale presque séparée du col et on opère sa résection.

Le 21 décembre, le malade se plaint d'une douleur nettement localisée au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On constate à la face externe de l'os, immédiatement au-dessous de l'épine, l'existence d'une saillie répondant au point douloureux. Il existe un léger empâtement de la région. On diagnostique une hyperostose par suite d'une poussée d'ostéomyélite aiguë. La température est remontée à 39°,4.

Opération le même jour. On pratique la trépanation de la crête iliaque droite à travers une perforation spontanée. On enlève en même temps les fongosités.

Le 7 janvier 1893, on pratique la trépanation de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.

Le 10 janvier, incision d'un gros abcès fémoral. Drainage.

Le 30 janvier, incision d'un abcès de l'avant-bras gauche ; dans le pus de cet abcès, on trouve des staphylocoques dorés.

Le 18 février, à l'examen, on constate un décollement de tous les muscles de la face externe de la jambe. Il existe en abondance du pus et des caillots qui fusent jusqu'au-dessus du genou. On pratique une incision et on retire le pus et les caillots ; il se déclare

une hémorragie qui nécessite le tamponnement, tout saignant en nappe.

Le 8 mai, on constate un œdème de tout le membre inférieur.

(La fin de l'observation manque, mais il est permis de penser, en raison des foyers multiples de suppuration qui se sont établis, que l'enfant n'aura pu survivre longtemps à son infection ostéomyélitique généralisée).

OBSERVATION XIII

Ostéite aiguë du col et de la tête du fémur, — Résection de la tête et du col du fémur. — Guérison. — (Macnamara, Brit. med. journ., juillet 1887.)

E. E., âgée de quatorze ans, entrée à l'hôpital de Westminster le 12 mars 1887. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Quelques jours avant son arrivée à l'hôpital, elle ressentit à la hanche droite, en sautant un tas de poussière, une douleur peu intense, qui disparut rapidement et ne l'empêcha pas de marcher le reste de la journée. La nuit, toutefois, elle souffrit beaucoup dans l'articulation coxo-fémorale : la douleur continua le lendemain et la malade fut obligée de garder le lit. Elle avait une forte fièvre, et en quelques jours il se produisit un énorme gonflement de toutes les parties molles avoisinantes de l'articulation. Le médecin ordonna son transport à l'hôpital.

A son arrivée, température de 40°5 ; délire violent, douleurs très intenses, fluctuation manifeste dans la région de la hanche. Une opération fut immédiatement décidée. On ouvrit l'articulation, au niveau du grand trochanter. 1 once de pus environ s'écoula, de couleur jaune, renfermant quelques gouttes de graisse. Le doigt introduit dans la plaie reconnut que le col était dénudé. On agrandit l'incision et on enleva la tête et le col en réséquant le fémur au-dessus du grand trochanter.

Après l'opération, la douleur diminua considérablement et les

autres symptômes s'améliorèrent de jour en jour. La malade quitta l'hôpital le 14 mai, complètement guérie et sans qu'il y ait eu ankylose de la hanche. Il est probable qu'avec une bottine spéciale, la malade pourra marcher d'une façon parfaite.

Une coupe de la tête et du col du fémur montra que les tissus voisins du cartilage épiphysaire étaient en pleine suppuration. Le col du fémur était complètement privé de ses tissus mous.

OBSERVATION XIV

Ostéomyélite aiguë du col du fémur. — Guérison, avec une articulation normale. — (Macnamara, Brit. méd. journ. juillet 1888).

A. F., âgé de neuf ans, entré à l'hôpital le 10 janvier 1888. Pas d'antécédents héréditaires. Garçon d'apparence strumeuse, mais n'ayant jamais été malade. Quinze jours avant son arrivée à l'hôpital, il reçut un coup violent, à gauche, sur la région trochantérienne. Pas de contusion apparente, mais douleur très vive au niveau du point frappé, surtout à l'occasion des mouvements. Les jours suivants, il boitait. Dix jours après l'accident, le malade fut pris brusquement, dans son lit, d'une violente douleur le long de la cuisse gauche, et il resta dans cet état jusqu'au moment de son admission à l'hôpital. Il avait alors une température de 40°3-40°4. Cuisse gauche fléchie légèrement et en abduction. Douleurs excessivement intenses, provoquées par les mouvements et les pressions au niveau de la tête fémorale. Pas de tuméfaction apparente. La nuit, l'enfant eut du délire. Le membre fut placé dans une attelle et des vessies de glace furent appliquées au niveau de la hanche.

Le lendemain, tous les symptômes s'aggravèrent et l'on se décida à intervenir. On fit une longue incision à la partie postérieure du grand trochanter, remontant jusqu'au niveau de l'articulation coxo-fémorale, de façon à permettre un drainage efficace lorsque l'enfant serait couché sur le dos, dans son lit. On trouva le col du fémur

rugueux et creusé de cavités ; il était, en partie du moins, séparé de la tête fémorale, car l'extrémité du doigt pouvait être introduite entre le col et la tête, lorsque le membre était placé en abduction ; cette manœuvre faisait sourdre, au niveau du cartilage de conjugaison, une certaine quantité de pus renfermant de nombreux staphylocoques. Drainage. Pansement antiseptique.

La température tomba le soir même, la douleur disparut complètement. Le lendemain l'enfant était souriant et son état général était très amélioré. On enleva le pansement le sixième jour et le drain le douzième.

L'enfant quitta l'hôpital le 23 février. Il pouvait marcher dans la salle sans la moindre difficulté et les mouvements de sa hanche étaient parfaits.

OBSERVATION XV.

(Berl. Klin. Woch. p. 978, 26 novembre 1888.)

M. Sonnenburg montre un cas de nécrose totale de la diaphyse du fémur gauche, consécutive à une ostéomyélite, et présente la malade guérie.

Celle-ci tomba malade en 1885 d'une ostéomyélite aiguë du fémur gauche et fut opérée en 1887 par Sonnenburg. L'opération consista en une incision allant du condyle externe jusqu'au grand trochanter et dans l'extraction de la totalité de la diaphyse. Cette dernière n'était pas complètement blanche et elle se trouvait enfermée dans le périoste, qui avait proliféré, comme dans un cerceuil. La tête du fémur était soudée avec la cavité cotyloïde.

La malade marche actuellement avec l'aide d'un appareil prothétique. Son articulation coxo-fémorale est ankylosée. L'ossification périostique a reformé un os assez semblable à l'ancien. Les articulations du genou et du cou-de-pied sont un peu mobiles.

OBSERVATION XVI

*Coxalgie ostéomyélitique suppurée de la hanche gauche. —
Septicémie. — Résection de la hanche. Mort.*
(Due à l'obligeance de M. Poncet).

Le 17 octobre 1890, M. Poncet fut appelé à Chazey, près de Lyon, par son confrère, le Dr Charvet, auprès d'un petit garçon de quatorze ans atteint disait-on de coxalgie de la hanche gauche. Il trouva un enfant profondément amaigri, cachectique, chez lequel les lésions avaient débuté trois mois auparavant, en pleine santé, sans cause appréciable, par des accidents aigus particulièrement graves du côté de la hanche gauche et caractérisés par des souffrances extrêmement vives qui diminuèrent un peu avec l'ouverture spontanée de plusieurs abcès. Le petit malade fut immobilisé, d'abord dans un bandage silicaté, puis dans une gouttière, mais, malgré ce traitement local, malgré l'immobilisation, les douleurs persistaient et l'état général s'aggravait. Lorsque M. Poncet vit ce malade, en tenant compte du début de l'affection, de sa marche, il porta le diagnostic de coxalgie suppurée d'origine osseuse, très probablement à point de départ fémoral. L'enfant était dans un état de cachexie profonde; depuis plusieurs semaines entre autres, il s'alimentait mal et présentait de la diarrhée. Le moindre mouvement de l'articulation malade provoquait des douleurs horribles, toute tentative d'examen, d'exploration locale était une cause de cris et de larmes. La température rectale, qui n'avait pas été prise jusqu'alors, était le soir, comme le constata M. Poncet, de 39°7.

La résection de la hanche fut décidée et pratiquée par M. Poncet le lendemain 18 octobre 1890.

Incision postéro-externe suivant les règles habituelles et répondant à un trajet fistuleux situé à la partie externe de la cuisse. L'opération fut d'une simplicité et d'une facilité extrêmes. La tête fémorale décapitée était, en effet, complètement séparée du col; elle formait un véritable séquestre dur, éburné, occupant le fond

de la cavité cotyloïde où elle était complètement libre à la manière d'une noix sèche dans sa coque. Le col fémoral se présentait sous la forme d'un moignon médullisé et raréfié ; on le réséqua d'un coup de cisailles pour assurer un plus grand vide entre les extrémités articulaires et rendre ainsi le drainage, qui fut pratiqué, plus efficace.

Trois jours après l'opération, le petit malade succombait. Il s'était affaibli de plus en plus et mourait emporté par des accidents septicémiques, que l'intervention chirurgicale, dans l'espèce absolument indiquée, n'avait pu conjurer.

OBSERVATION XVII

(Ollier, *Traité des résections*, t. III.)

Foyer latent d'ostéite infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur, réveillée par un traumatisme. — Pyohémie. — Mort.

En 1870, j'ai perdu de pyohémie un jeune sujet qui, à la suite d'une arthrite aiguë non suppurée de la hanche, avait eu une ankylose du fémur en abduction et en rotation en dehors. Le fémur faisait un angle presque droit avec l'axe du tronc. Cette arthrite coxo-fémorale était survenue dans le cours d'une ostéite infectieuse du radius qui avait suppuré, mais paraissait guérie depuis longtemps. Après avoir solidement fixé le bassin, j'imprimai au fémur un violent mouvement de flexion et de rotation en dedans. Un craquement se fit entendre et le membre put être ramené dans sa direction normale et placé dans un bandage ouaté et silicaté. Je crus avoir fracturé le col du fémur, j'avais seulement rompu une ossification de la capsule, comme l'autopsie me le prouva quelques jours après. Cette rupture s'était faite sans déchirure de la peau, sans plaie extérieure. Il n'en survint pas moins des frissons et des abcès multiples du foie suivirent la suppuration de la

hanche, qui passa du reste inaperçue sous le bandage silicaté et ne fut reconnue qu'après la mort. Il était resté dans la tête du fémur un foyer latent d'ostéite infectieuse, survenu en même temps que l'ostéite du radius, mais qui, jusque-là, avait été toléré par l'organisme. Le traumatisme produit par la rupture de l'ankylose réveilla ce reliquat de l'inflammation primitive, amena la suppuration de la hanche et en même temps la pyohémie.



FIG. 1. — *Extrémité supérieure du fémur.*

1. Synoviale. — 2. Tête fémorale. — 3. Cartilage de conjugaison du col.
— 4. Grand trochanter avec son cartilage. — 5. Petit trochanter avec son
cartilage. — 6. Acétabulum. — 7. Diaphyse fémorale. — 8. Zone juxta-
épiphysaire.

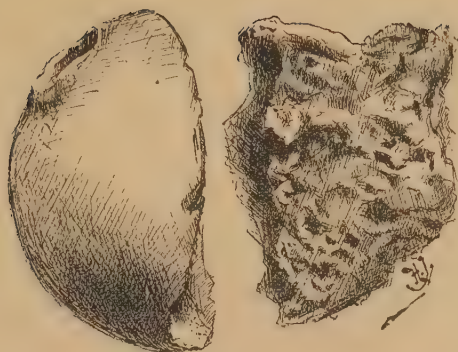


FIG. 2. — a) Tête fémorale séparée du col. — b) Portion réséquée du col atteinte d'ostéite épiphysaire.

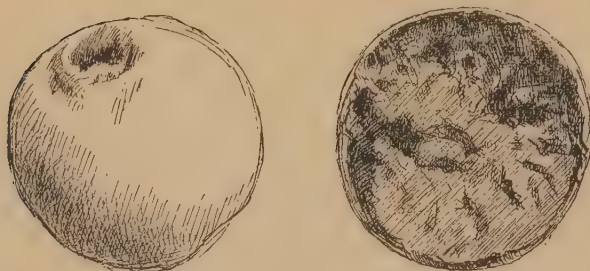


FIG. — 3. — Tête fémorale (a). — Face convexe. — Face adjacente au cartilage de conjugaison.

Coxalgie ostéomyélitique aiguë. — Décollement épiphysaire. — Tête fémorale presque intacte. — Le col du fémur est le siège d'une ostéite aiguë infectieuse, qui a détruit en partie le tissu osseux.

(Résection de la hanche pratiquée par M. Poncet, à Chazey, le 18 octobre 1890. — Obs. XVI).

CONCLUSIONS

Les rapports anatomiques du cartilage d'accroissement de l'extrémité supérieure du fémur sont tels que toute lésion inflammatoire ayant pour siège la région juxta-épiphysaire du col fémoral se propage fatalement à l'articulation. Au même titre, en effet, que la tête du fémur, le cartilage de conjugaison, qui la sépare du col, est inclus, comme une grande partie de ce dernier, dans la cavité articulaire. Cette disposition anatomique particulière offre, au point de vue pathologique, un grand intérêt. C'est ainsi, en effet, que s'explique certaine forme de coxalgie suppurée d'emblée à laquelle nous avons, avec M. le professeur Poncet, donné le nom de *coxalgie ostéomyélitique suppurée à point de départ fémoral*. Cette variété de coxalgie, si différente de la coxo-tuberculose, est, comme son nom l'indique, consécutive aux lésions infectieuses du col fémoral, se développant plus volontiers dans la région bulbeuse de ce dernier et reconnaissant pour cause habi-

tuelle les agents microbiens de l'ostéomyélite infectieuse.

L'étiologie de cette coxalgie suppurée rentre donc, comme cause générale, dans celle des ostéites infectieuses. Elle paraît être plus fréquente chez les enfants que chez les sujets dont le développement est plus avancé. Dans les dix-sept observations que nous avons réunies, nous trouvons la coxalgie ostéomyélitique chez des sujets de six à quatorze ans. L'âge moyen est de neuf ans. Presque toujours ce sont des garçons qui sont atteints.

L'affection débute, le plus souvent, par quelques douleurs plus ou moins vagues au niveau de la hanche, puis brusquement les symptômes généraux éclatent avec une grande intensité. Ils rappellent ceux bien connus de la forme grave des ostéomyélites infectieuses. A ce moment et jusqu'à ce que la capsule soit ulcérée et ait donné passage au pus, ce qui constitue une sorte de drainage spontané au milieu des parties molles voisines, les douleurs sont horribles et particulièrement vives par suite de l'étranglement résultant des accidents inflammatoires dans une articulation résistante.

Les lésions anatomo-pathologiques sont celles d'une arthrite suppurée, avec lésions plus ou moins étendues des extrémités articulaires, lésions superficielles du côté de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, et naturellement plus ou moins marquées du côté de leur point de départ, c'est-à-dire à l'union du col et du cartilage d'accroissement. L'intensité des phénomènes inflammatoires est telle que dans nombre de cas il s'était produit un décollement spontané du col et de la tête fémorale.

Le diagnostic de la coxalgie ostéomyélitique suppurée est facile et il faut naturellement passer à la possibilité

d'une telle lésion, que l'on doit soupçonner en tenant compte de l'âge du sujet, de la marche aiguë des accidents, de leur intensité, de l'acuité des douleurs, en même temps que de l'élévation considérable de la température, de la gravité de l'état général, etc. Le diagnostic ne peut être hésitant qu'en ce qui concerne le point de départ osseux de la coxalgie suppurée : la lésion primitive appartient-elle au col fémoral ou à la cavité cotyloïde ? nous ne connaissons aucun signe qui permette d'être bien fixé sur ce point de diagnostic, lequel n'a du reste qu'un intérêt anatomopathologique.

Le pronostic de la coxalgie ostéomyélitique suppurée est des plus sévères. Sur nos 17 observations nous trouvons 13 morts et 4 guérisons. Une seule fois, chez un malade que nous avons observé à la clinique de M. Poncet, longtemps après le début des lésions, l'enfant avait survécu malgré l'absence de traitement chirurgical. Dans les 3 autres cas, on était intervenu plus ou moins hâtivement.

Le seul traitement de la coxalgie suppurée d'origine osseuse est la résection de la tête fémorale (Ollier, Poncet), qui vise moins l'ablation du foyer infectieux primitif que le libre drainage d'une vaste cavité suppurée.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR :
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION . ,	7
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique	13
CHAPITRE II. — Etiologie et pathogénie	20
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	22
CHAPITRE IV. — Diagnostic	26
CHAPITRE V. — Traitement	31
CHAPITRE VI. — Observations	36
Planches.	65-67
CONCLUSIONS.	69

